Cadre de soins

de

l'hôpital de jour de Pressensé

oeuvre collective

Secteur de psychiatrie adulte (1er et 2ème arrondissements)
du Centre Hospitalier Edouard Toulouse
chef de pôle: Dr Pierre Morcellet

39, rue Francis de Pressensé 13001 Marseille
04 91 90 05 75

SOMMAIRE

Pages 3 à 5 : Introduction et référentiels

Page 6 : Partie 1: Autour du patient

p 6 : Le groupe d'accueil

P 7 : Le groupe d'accompagnement

P 9 : Le groupe d'évolution

P 10 : Les indications soignantes

Page 11 : Partie 2 : L'institution

P 11 : La réunion communautaire

P 12 : Les règles

P 14 : Moments formels et informels

P 15 : La réunion de crise

P 16 : L'argent à Préssensé

P 19 : Les repas

Page 20 : Partie 3 : Le travail soignant

P 20 : Les réunions d'équipes

P 20 : Qui fait quoi?

P 25 : Les ateliers à médiation: axes de travail

P 28 : La pharmacie

Page 31 : Annexes

P 32 à 41 : Fiches de présentation d'activités

P 42 à 43 : Cadre de soin de M. X.

P 44 : Plan des locaux

Introduction

Nous, soignants qui travaillons à l'hôpital de Pressensé, avons hérité de ce lieu qui fut en son temps pionnier dans l'accueil et les soins de patients psychotiques intégrés dans une psychiatrie de secteur. En janvier 1968, tout était à penser d'un lieu situé dans la cité, ouvert en son principe et offrant à des patients une alternative à l'asile dont les murs représentaient à la fois la sécurité d'un abri, la contenance nécessaire à la crise, et l'indice d'un enfermement, d'une aliénation maintenue.

Pressensé fut, selon une expression souvent entendue, un laboratoire où les idées d'une époque portée par un renouvellement des réflexions sur la folie trouvèrent à se déployer. Entrer à Pressensé, que l'on fut patient ou soignant, représentait une expérience humaine et relationnelle intense. Certains ont évoqué qu'une traversée de la folie pouvait y avoir lieu. L'accueil inconditionnel de la parole des patients, mais également des soignants, la mobilisation des ressources créatives et des ressorts de la dynamique groupale, caractérisèrent ce lieu situé dans un quartier central et populaire de Marseille.

Et puis les années passèrent, l'époque tourna et se détourna de la folie avant que de s'en méfier, ou de la vouloir confondue avec un handicap, voire un signe de marginalité assimilable à un danger pour autrui. La psychiatrie se fit santé mentale, et la pensée de ce que vit un homme amené à traverser une crise et à tomber malade de sa psychose se rétracta jusqu'à se réduire à un catalogue épars de troubles qu'il conviendrait de reconduire au silence.

L'impression courut alors à Pressensé que nous étions un petit village, tout petit village puisque les soignants présents virent leur nombre divisé par deux, et presque par trois, tandis qu'une certaine fatigue éprouvait ceux qui avaient tenu à durer ici. Le temps fécond de l'institution en phase de création était loin, cependant que les fondamentaux demeuraient.

La transmission orale a toujours prévalu, de sorte que durant ces 44 dernières années, une part importante du dispositif constituant le cadre de soins s'est transmis sans qu'un document vienne en recenser les différents contours et en nommer l'esprit. Il a fallu que nous traversions récemment une période de turbulences, doublée d'une sensation de précarité liée à notre isolement, pour que la nécessité de cet écrit vienne au jour.

Son objectif premier est de dire comment nous travaillons ici. Ce dont nous avons hérité s'est transformé au fil des années et ces changements mêmes nous ont semblés partie intégrante de ce que nous avons reçu, voire comme sa part la plus précieuse. Une institution qui prétend accueillir, accompagner et apporter des soins à ceux qui sont affectés de leur psychose doit en effet se garder de deux périls inversés : le chaos d'une ouverture indistincte, d'une absence de limites et de repères, et l'enfermement dans un fonctionnement réglementé dans lequel la respiration nécessaire à toute institution s'est tarie dans le socle dur de ce qui est établi.

C'est ainsi que cherchant à nommer ce qui est – ce que nous proposons et comment nous nous orientons –, nous nous sommes aperçus que presque chaque élément du dispositif pouvait être décrit en son état, et précisé dans son évolution. Nous tenons cette plasticité du cadre de soins pour une bonne nouvelle, en tant qu'elle témoigne de la possibilité que ce lieu continue d'être fait par celles et ceux qui le fréquentent, dans l'inspiration des traces laissées par ceux qui les précédèrent.

Aussi, ce document qui répond d'une nécessité, présente-t-il un état de ce que nous appelons notre cadre de soin. Il précise les outils auxquels nous avons recours pour accompagner les patients qui nous font confiance dans leurs démarches de soins respectives. En ce qu'il demeure ouvert, et s'éloigne d'autant d'un mode d'emploi ou d'un règlement, il ménage à la créativité de notre démarche la latitude que la structure de soins où nous œuvrons soit toujours en train de s'instituer.

C'est ainsi que nous veillons à notre devenir.

Référentiels

Nous travaillons au sein d'un pôle de psychiatrie adulte, avec un cadre de soins largement inspiré de la psychothérapie institutionnelle, et avec l'appui théorique de la psychanalyse.

L'attention portée à la dimension groupale est également une spécificité à laquelle nous tenons. La relation à l'autre, aux autres, est en effet au cœur de ce qui a été touché dans la psychose. Le lecteur trouvera dans ce document un résumé de plusieurs éléments de notre dispositif qui portent la dénomination groupale. Il ne trouvera pas ce qui ne peut s'y inscrire du fait de la grande variété des questions qui se posent à nous dès lors que nous prêtons attention à cette dimension. Ainsi, pour les nommer de façon générique par leurs pôles : avons-nous affaire à un groupe de patients majoritairement figés, ayant rétracté leur champ de perception et d'action par un repli défensif ? Auquel cas, quelles propositions pouvons-nous soutenir qui restaurent la confiance dans le mouvement, l'ouverture, la création, la dynamique du désir ? Ou bien, à l'inverse, sommes-nous surtout en présence de patients aux prises avec l'absence de limites, l'errance, la confusion entre soi et l'autre ? Et dans ce cas, de quels bords disposons-nous pour orienter notre offre de soins vers une meilleure contenance et un étayage plus consistant ?

Concevoir un cadre de soins en psychiatrie, revient à sans cesse faire la part entre l'accent mis sur les repères qui valent pour tous et structurent l'institution, et la nécessaire adaptation aux situations singulières de chaque patient. Mais l'on sait que pour soutenir la légitimité d'une exception argumentée à un principe, un usage, une habitude, sans que cette exception soit vécue par tous comme un passage à l'acte ou une prise de pouvoir intempestive, il importe que chaque soignant participe à ce tissage quotidien par lequel le sens de nos actions se parle et s'institue.

Si la part essentielle du travail soignant en psychiatrie réside en la qualité de présence propre à chacun, nous veillons collectivement au quotidien à resituer dans leurs justes résonnances ce qui s'actualise dans les relations que nous avons avec les patients. Nous sommes à la fois proches, à côté et avec les patients, tout en étant soucieux de penser notre positionnement, variable selon les situations et l'endroit où se déroule telle ou telle séquence relationnelle.

Il est visible qu'en hôpital de jour, les infirmiers ne portent pas de blouse. Mais plus profondément, cette absence de signe distinctif gagne à être articulée à la prévalence de la fonction soignante sur ce qui nous caractérise dans nos statuts respectifs, voire dans nos rôles sur la scène institutionnelle. C'est-à-dire que ce qui importe, ça n'est pas tant de se prendre pour un soignant parce qu'on en porte tous les signes officiels, que de veiller à ce que la fonction soignante soit vivante dans le lieu où nous exerçons. Qu'en est-il, ici, du « prendre soin » ? En quoi cela, qui oriente singulièrement la présence de chacun, est-il aussi l'affaire de tous ?

Nous évoquons ceci dans ce chapitre pour indiquer que le cadre de soins que nous présentons ici dans une écriture se veut d'abord un support au cadre interne de chaque soignant présent dans l'institution. Quant à sa valeur pour les patients qui fréquentent cet hôpital de jour, il nous revient, encore et toujours, pour chacun, d'en préciser les contours et d'en relancer les possibles.

Partie 1 : Autour du patient

Le groupe d'accueil

Description:

Composé du médecin, du psychologue et d'un infirmier de l'hôpital de jour, le groupe d'accueil est l'instance qui reçoit tout nouveau patient pressenti pour intégrer l'institution, ainsi que tout patient qui l'aurait fréquentée à un moment et qui en serait sorti.

L'objectif du groupe d'accueil est d'approcher la nomination d'un rapport entre ce dont souffre un patient (ou, autrement dit : ce qui lui est difficile, ce sur quoi il bute) et l'offre de soins de Pressensé. Dans les cas où le patient ne connait pas l'hôpital de jour, ce rapport s'étaiera souvent sur une certaine description de l'institution : de qui la fréquente, de ce que l'on y fait, de ce à quoi l'on s'essaie pour aller mieux. Lorsque le patient a déjà été hospitalisé, l'on s'attachera plutôt à retracer son parcours, de façon à orienter son éventuel retour à la lumière de ce qu'il a vécu, mais également du bénéfice attendu à l'occasion de son retour.

Le groupe d'accueil est également le lieu où l'on cherche à articuler la démarche de soins du patient avec le nom que prend pour lui l'espoir d'aller mieux. C'est donc une instance qui met en avant l'aspect dynamique du soin, en tant qu'il implique le patient dans ce qui lui fait difficulté, mais également dans ce qu'il espère pour lui-même et dans le bénéfice escompté dans l'hospitalisation. C'est pourquoi les soignants présents dans le groupe d'accueil cherchent aussi à mettre en évidence des ressources ou des compétences propres au patient, qu'il pourrait éventuellement développer à l'occasion de son hospitalisation : cette recherche de l'implication du patient distingue donc le groupe d'accueil d'un entretien d'admission, où il s'agirait de seulement fonder une décision annoncée au patient, éventuellement associée à l'énonciation des règles et usage en vigueur dans le lieu concerné.

Si cette décision d'intégrer un patient, au final, relève d'une prérogative du médecin de l'hôpital de jour, le groupe d'accueil l'intègre d'emblée à cet accueil plus large qui implique l'équipe soignante et veille à concerner chaque patient dans sa singularité.

Evolution:

L'amont du groupe d'accueil s'est rétracté ces dernières années : la présentation d'un nouveau patient pressenti pour l'hôpital de jour par son médecin ou par un soignant, autrefois systématique, est devenue l'exception. L'équipe accueillante est de ce fait privée non seulement d'informations à propos de ce patient, mais encore d'un échange fructueux avec un médecin déjà engagé dans ses soins. Cet échange, lors duquel nous cherchons à préciser le sens et l'enjeu d'une éventuelle hospitalisation, se révèle souvent après coup comme un premier temps de l'accueil du patient ; son intérêt réside également dans le fait que l'ensemble de l'équipe de Pressensé y participe, alors que le groupe d'accueil est une instance plus réduite.

Une autre modification profonde a également cours depuis plusieurs années, qui tient à la recherche pour, et avec chaque patient, du rythme sous lequel il convient d'engager les soins. Autant ce rythme s'approchait pour la plupart des patients hospitalisés de celui de l'institution – à savoir 5 jours par semaine – autant il est devenu un élément essentiel de l'appréciation de l'état de santé propre à chaque patient, ainsi que de l'investissement qu'il est prêt à consentir pour ses soins. Or ce rythme, en première instance, est un des enjeux du groupe d'accueil.

Pour répondre à ces deux modifications, un dispositif a été mis à l'essai : le groupe d'accueil reçoit le patient en première instance, recherche les termes qui pourraient caractériser le sens de sa venue, et pose le cas échéant les premiers contours d'une hospitalisation. Ces éléments sont ensuite discutés en équipe, et une période d'un mois environ s'ouvre, au terme de laquelle l'équipe dans son ensemble participe à une réflexion à propos de l'opportunité de poursuivre les soins engagés. Des référents soignants peuvent alors se préciser, ainsi que des contours plus précis quant aux jours de présence. Le patient est alors à nouveau reçu par le groupe d'accueil qui détermine avec lui en meilleure connaissance de cause le cadre de soins qui lui est propre. Un écrit lui est remis peu après (cf. annexe pp. 40-41), qui précise ce cadre de soins dans ses grandes lignes. Cet écrit a lui-même vocation à devenir un outil dont le patient est invité à se saisir pour penser ce qu'il engage avec l'institution. Il convient de l'envisager comme une occasion d'apporter une nomination du sens et des contours donnés aux soins d'un patient à un moment donné. Si celui-ci souhaite apporter une modification à son cadre de soins, il est invité à en parler à ses référents soignants, et/ou au médecin. En cela, cet outil participe d'une certaine co-construction du cadre de soins : si les soignants font autorité pour en finaliser les contours, ils veillent à tenir compte de la parole de chaque patient.

D'une certaine manière, nous avons cherché par cette évolution du dispositif à transformer une difficulté (moins d'éléments concernant un nouveau patient) et une exigence (penser un cadre de soins plus individualisé) en nous soutenant d'un temps (une période d'un mois) et d'un outil (un écrit). L'idée est de maintenir l'essentiel du dispositif : la valeur de rencontre de ce moment entre un patient et une équipe, telle qu'insérée dans une perspective soignante, c'est-à-dire un espoir pour celui-ci d'aller mieux en engageant des soins en ces lieux.

Le groupe d'accompagnement

Description :

C'est depuis toujours à Pressensé la colonne vertébrale des suivis individuels. Chaque patient a deux référents soignants, dont l'un au moins est un infirmier, l'autre pouvant être un second infirmier, ou bien le médecin, le psychologue, l'assistante sociale, ou un stagiaire psychologue. Le choix de ces deux référents se décide dans les semaines qui suivent l'arrivée d'un patient, en tenant compte des premiers éléments de transfert observés. Ce choix tient compte du désir du patient, et se décide en réunion d'équipe. Classiquement, ces référents rencontreront le patient concerné une fois par semaine pour un entretien d'environ une demi-heure.

L'objet de ces entretiens se détermine avec le patient. Il peut aller d'une prise en compte de difficultés de la vie quotidienne, jusqu'à constituer un espace de psychothérapie. Les référents soignants sont aussi ceux qui, sauf exception, sont impliqués dans les démarches concernant le patient (visites à domicile, liens avec d'autres soignants, démarches sur l'extérieur,…). En cas de rencontre avec des proches du patient, ils seront également présents, éventuellement assistés pour l'occasion par le médecin ou le psychologue. Si personne n'est seul à répondre des soins d'un patient à Pressensé, et si toute prise en charge est l'affaire d'une équipe, les référents sont cependant amenés à rassembler ce qui concerne le patient qu'ils rencontrent dans cet entretien hebdomadaire appelé « groupe d'accompagnement », et qui s'inscrit au jour le jour sur le tableau en début de réunion communautaire. Il est ainsi commun que lorsqu'un patient est évoqué en réunion d'équipe, l'avis des référents soignants soit entendu avec une attention particulière, du fait de leur implication plus grande dans les soins engagés et de leur meilleure connaissance du vécu du patient. Historiquement, une règle veut que l'on nomme au patient lors de son premier groupe d'accompagnement la possibilité qu'un sujet abordé dans cet espace y demeure. Même si cette possibilité est rarement utilisée, elle offre une certaine confidentialité et participe de la contenance de cet espace. A charge ensuite pour les soignants référents de trouver en réunion d'équipe les mots qui préserveront cette intimité, qui peut être précieuse en institution, tout en participant à l'effort de pensée concernant un patient.

Notons encore que le groupe d'accompagnement a autorité pour porter auprès du patient certaines décisions le concernant. L'importance du travail d'équipe à Pressensé fait que dans la plupart des cas, ces décisions sont parlées et validées en réunion d'équipe avant d'être formulées au patient lors de son « groupe d'accompagnement.» Ces décisions concernent notamment le rythme de présence du patient dans l'institution.

Evolution :

Le dispositif en vigueur tend cependant à évoluer ces dernières années, du fait principalement de l'augmentation de la file active conjuguée à la diminution de l'effectif soignant, de la présence moins continue de nombreux patients, et du fait que pour certains patients il n'apparait pas justifié de mobiliser un suivi aussi consistant. Ces aménagements supposent que l'on adapte plus précisément le dispositif général à chaque cas particulier, en tenant compte notamment de l'évolution de l'état de santé du patient et de son investissement dans les soins proposés.

Parmi les aménagements constatés ces derniers temps dans ce dispositif initial, l'on note ainsi :

- Une diminution de la fréquence des entretiens, qui passent d'un rythme hebdomadaire à une fois tous les 15 jours, ou tous les mois, voire à des rencontres faites à la demande pour certains patients suffisamment informés d'eux-mêmes et en confiance avec leurs référents pour accéder à cette possibilité ;

- Un temps de latence plus long entre l'arrivée de certains patients et le moment où se détermine son groupe d'accompagnement. Dans certains cas, l'équipe n'a pas décidé d'engager cette référence, voire a décidé de ne pas l'initier (ce qui apparait plus favorable, car il est alors possible de nommer aux patients concernés ce qui sous-tend cette décision).

Il s'agit de situations où le patient est peu présent à l'hôpital de jour, et/ou de situations où le sens de sa venue n'apparait pas clairement, voire encore de situations où ce qui s'actualise avec le patient est porté de manière collective. L'opportunité de recentrer sur deux soignants une référence n'apparait de ce fait pas encore. A contrario, pour les cas de patients dont le sens de la venue à l'hôpital de jour demeure flottant, des entretiens avec des référents soignants peuvent être l'occasion de préciser ce sens, et de soutenir le patient dans sa présence dans l'institution, soit à travailler avec lui la perspective d'une sortie.

- Une autre perspective d'aménagement possible serait de mieux tenir compte des autres soins engagés avec les patients concernés, de façon à être plus précis dans ce qui fait l'objet des groupes d'accompagnement. L'on peut ainsi penser qu'un patient déjà suivi en psychothérapie pourrait bénéficier d'une référence soignante davantage orientée par des d'éventuelles démarches, ou encore par un retour sur ce qui est vécu et engagé dans l'institution, plutôt que par des entretiens ayant eux aussi pour objet que le patient mette en parole ce qu'il vit.
- Récemment, d'autres pistes d'aménagement se sont fait jour, comme la notion d'invité. Pour relancer un groupe d'accompagnement qui butte sur une difficulté particulière avec un patient, ou dans un moment tournant de la prise en charge, l'on a ouvert cette possibilité qu'un tiers soignant se joigne ponctuellement au dispositif existant.

Le groupe d'évolution

Description :

Il s'agit ici de créer les conditions d'une rencontre consistante, à un moment particulier du suivi, entre un patient et l'équipe soignante. Cette équipe est représentée par le médecin, le psychologue, et un référent soignant du patient concerné. Le patient est averti à l'avance de cette rencontre, de sorte qu'il y réfléchisse de son côté ou en se soutenant de son groupe d'accompagnement. A l'origine, il avait été prévu que cette rencontre pouvait s'envisager avec un tiers choisi par le patient : par exemple un membre de sa famille, ou quelqu'un de proche intéressé à ce qu'il vit.

A l'expérience, cette possibilité s'est plutôt actualisée dans des rencontres spécifiques avec des proches, tandis que le groupe d'évolution s'est orienté comme ressource opportune dans des situations de blocage ou pour favoriser des moments tournants dans les soins.

Le groupe d'évolution prend son sens au regard d'une durée, quand une histoire a cours entre un patient et une équipe, ou le lieu de soins lui-même. Or, il arrive fréquemment que la durée, la succession des semaines, fasse que l'on est plus sensible aux formes qui se reconduisent qu'aux motifs nouveaux. L'institution, avec les rythmes qui lui sont propres, avec ses rituels et ses rendez-vous rassurants, peut aussi contribuer à cette reconduction du même, et ainsi rendre moins sensible ce qui est en jeu dans le fait de venir à l'hôpital de jour. Quel est le sens de venir ici, qu'essaie-t-on pour soi-même et avec les autres, par quelle voie se soutient la tentative d'aller mieux : autant de questions importantes que le groupe d'évolution entend réinscrire à un moment du parcours du patient.

Evolution :

Cet élément du dispositif a été conçu à un moment où il existait une pression pour que « des patients sortent » de l'institution. Cette pression résultait essentiellement de celle vécue dans les structures temps plein, où la recherche de places pour hospitaliser de nouveaux patients a conduit les médecins à hâter la sortie d'autres. Le groupe d'évolution a eu pour premier objectif de transformer une pression d'abord présentée comme aveugle, ignorante de qui elle pourrait concerner, en un outil clinique, soucieux d'une juste prise en compte, pour chaque patient, de ce qu'était pour lui le sens et l'importance des soins engagés dans l'institution. Nous nous sommes alors penchés sur cette question de la dépendance induite par une fréquentation au long cours de l'hôpital de jour.

L'autre objectif du groupe d'évolution était de faire cas de la situation de tous, en restaurant une rencontre consistante pour chacun, là où la tendance est toujours à ce qu'on se préoccupe surtout de quelques-uns, tandis que ceux qui posent moins souci mobilisent moins l'attention et la pensée vigile des soignants. Le groupe d'évolution implique en effet une reprise de l'histoire du patient lors d'une réunion précédant la rencontre avec le patient. Le plus souvent, un référent soignant reprend les éléments du dossier, voire contacte d'autres personnes impliquées auprès du patient, dans un esprit proche de ce qu'on l'on appelle une synthèse.

Le groupe d'évolution a connu un succès et une fréquence variables selon les périodes, mais fut à plusieurs reprises un recours systématique pour tous les patients, avant d'être réservé à des situations de blocage, ou bien lorsqu'il est apparu important de fonder des changements dans le cadre de soins d'un patient sur une remise en perspective de son parcours. Il peut représenter une occasion de prendre du recul sur ce qui est vécu au quotidien, et un moment dont la consistance permet d'accorder d'éventuelles décisions au sens profond des soins tels qu'engagés.

Les indications soignantes

Il s'agit d'un autre élément du dispositif, plus ou moins utilisé selon les périodes et les priorités, et dont l'objet est de soutenir l'orientation des patients dans les différentes activités et ateliers proposés à l'hôpital de jour par une nomination argumentée des soignants. L'usage est en effet que, sauf exception, toute activité soit accessible à toute personne hospitalisée, dès lors que l'activité se déroule sur un jour où elle est présente (nommons en passant l'exception des grandes sorties à la journée ou des repas de fêtes, où chacun peut demander à s'inscrire, quel que soit par ailleurs son planning de présence). Or, l'équipe soignante a souvent eu l'occasion de vérifier les limites d'une telle ouverture posée de façon générique et identique à tous les patients. Le problème devient plus aigu dans des périodes où une majorité de patient n'investit plus, ou à la marge, les ateliers proposés. C'est alors que la question centrale du sens de ce qui a lieu à l'hôpital de jour se repose de façon plus aigüe.

L'indication soignante vient comme tentative de relancer l'actualité de cette question, en la posant pour – et avec – des patients pour lesquels elle parait devoir l'être. L'équipe soignante réfléchit en amont, et tente de préciser plus finement les rapports possibles entre les difficultés et les compétences d'un patient, et ce qui est travaillé ou recherché dans tel ou tel atelier. Le médecin et un référent soignant rencontrent alors celui-ci, et lui font part de ce qui a été pensé le concernant, afin d'engager avec lui une réflexion à ce sujet. Cet entretien peut donner lieu à une modification des contours du cadre de soins du patient.

PARTIE 2 : L'institution

La réunion communautaire

Description :

Il y a 4 réunions communautaires par semaine à Pressensé : une chaque matin, sauf le mercredi. La réunion communautaire est en elle-même un condensé de l'institution. Tous ceux qui la fréquentent y sont rassemblés autour d'un vide central, les participants étant assis au pourtour de la grande salle de réunion. Les faits principaux du jour sont d'abord inscrits sur un tableau. Puis, un président de séance (patient ou soignant) veille à répartir la parole entre les participants, en s'appuyant sur la règle qui veut que l'on prenne spontanément la parole sur un sujet donné, tandis qu'une volonté d'intervenir sur un sujet différent se signale par une main levée. Tous les sujets peuvent être abordés dans une réunion communautaire. Les soignants sont cependant vigilants à inviter un patient qui parlerait d'affaires par trop intimes et non partageables par d'autres à cet endroit, à poursuivre plutôt son propos dans son groupe d'accompagnement. Une autre règle veut que l'on ne parle pas de difficultés rencontrées avec un patient s'il n'est pas présent à la réunion. Cette règle indique que la réunion communautaire peut être le lieu de parler certaines tensions existantes entre personnes fréquentant l'institution, pour peu qu'elles y soient présentes. Avant de conclure la séance, le président s'assure toujours de savoir si quelqu'un veut encore prendre la parole : soucieux du temps et de la qualité d'écoute, il n'est pas maître à bord, mais avant tout au service des échanges qui se déroulent dans cet espace.

Objectifs :

- Le premier objectif est d'être ensemble dans une ambiance chaleureuse. Si le vide central qui sépare les participants peut susciter une certaine anxiété et inhiber certaines prises de parole, les soignants sont attentifs à soutenir l'aspect contenant de ces réunions, qui rassemblent d'abord toutes celles et ceux qui sont là. Après un temps d'accueil, la réunion communautaire est souvent le premier moment fort de la journée. Les soignants s'attachent à la qualité de l'ambiance. Un versant de la réunion communautaire concerne les faits du jour, et les soignants disposent toujours de la ressource de parler de ce qui fait évènement dans l'institution, surtout si le besoin se fait sentir d'animer la réunion dans un sens qui recentre les attentions et les présences.

- Fonder un objet commun. L'aspect communautaire, plus encore que par la présence des corps dans le même espace, s'atteint lorsqu'un objet emporte l'adhésion de plusieurs participants, voire de tous. Le président de séance, ou les soignants présents, sont attentifs à cette émergence, qui peut venir par surprise et être très excentrée des faits qui jalonnent la vie quotidienne dans l'institution. Il peut s'agir d'un sujet de société, d'un souci de santé d'un participant, parfois d'un mot, voire d'un énoncé délirant mais qui apparait cristalliser une thématique qui résonne chez plusieurs autres participants.

Dès lors que cet objet commun est en passe d'émerger, les soignants présents favorisent la circulation des paroles et des avis des participants à son propos. Si le président de séance est le mieux placé pour accompagner cette circulation de la parole entre les participants, il peut être trop impliqué dans sa tâche pour relever certains aspects préconscients, voire inconscients, qui sont en lien avec ce qui se dit : un soignant peut alors opportunément le relayer en nommant plus explicitement un enjeu, une préoccupation, une angoisse qui cherche à se dire.

- La prise de décision. Il arrive que des décisions se prennent – ou du moins s'énoncent – lors des réunions communautaires. Les soignants sont ainsi amenés à répondre de leurs décisions de manière explicite et compréhensible, et acceptent d'être exposés aux critiques ou aux discussions. Ils partagent aussi ce qui sinon tend à n'être que de leur ressort. Parler les décisions prises vise à impliquer les patients, tant pour ce qui a trait à leur lieu de soins que pour ce qui les concerne plus personnellement. L'essentiel tient souvent plus dans la qualité des échanges qui amènent à une décision qu'à cette décision elle-même. Pour ce qui concerne les décisions prises au sein d'une réunion communautaire, la modalité est celle du vote, ou d'un tour de table lors duquel chacun exprime son choix ou son orientation par rapport au sujet débattu. Ces dernières années, cet objectif de la prise de décision en réunion communautaire est devenu secondaire. Il revient aux soignants d'en relancer éventuellement l'actualité.

Les règles

Il n'y a pas de règlement intérieur à Pressensé, mais l'exigence partagée par tous de se régler sur la parole. Cette exigence vaut pour les soignants, qui sont tenus de répondre des décisions qu'ils prennent, tant sur le plan institutionnel que pour ce qui concerne les patients et leur cadre de soins. Elle vaut pour les patients, comme soutien à la dimension psychothérapeutique des soins : ici, l'on privilégie résolument la parole sur la mise en acte. Ce privilège de la parole implique que l'on soutienne avec toutes les ressources disponibles son effectivité et sa juste prise en compte.

L'on s'appuie pour cela sur une distinction des espaces et des temps. Si l'accueil prévaut, les soignants sont attentifs à différencier et à accompagner une parole qui gagnerait à venir se dire dans une réunion communautaire d'une autre, par exemple, qui trouverait son lieu d'élection dans le cadre plus intime de groupe d'accompagnement ou lors d'une consultation médicale.

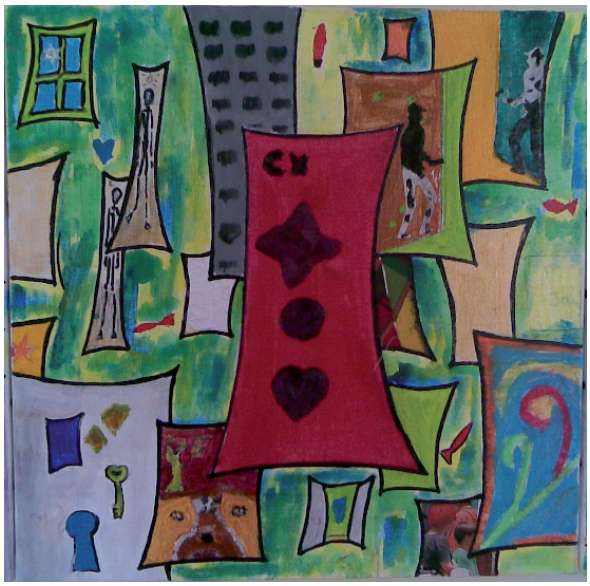
Un autre axe de différenciation est celui des fonctions respectives de membres qui constituent l'équipe pluridisciplinaire. Si une large part du travail est partagée par tous les soignants – à commencer par leur présence auprès des patients – nous nous appuyons sur la différence de nos fonctions pour aider les patients à structurer leurs repères spatio-temporels. Une demande pressante de changement de traitement peut ainsi être d'abord reçue par un infirmier dans un couloir, prolongée dans un endroit plus propice à la discrétion (bureau,

pharmacie,…), relayée dans une réunion d'équipe, et intégrée dans le contexte plus global de ce que vit le patient. Si le médecin décide de recevoir le patient, il dispose alors d'éléments plus consistants pour apprécier cette demande. L'on pourra aussi décider d'inviter le patient à porter sa demande initiale dans son groupe d'accompagnement : cette décision indique déjà au patient que l'objet serait ici davantage de penser et de parler ce qu'il vit, plutôt de d'envisager une réponse qui reprenne telle qu'elle les termes de sa demande initiale.

Par ailleurs ce dispositif général de l'institution, tel que structuré en des espaces et des temps distincts, le privilège de la parole se soutient par différentes règles de la vie commune :

- Exigence d'une suspension, durant les temps de présence à l'hôpital de jour, des prises de toxiques et d'alcool : pour être en mesure de soutenir la relation de paroles aux autres, il convient d'avoir les idées claires ! C'est ainsi que l'on demandera à un patient n'étant pas en mesure d'être là avec les autres du fait d'une alcoolisation ou d'une prise de toxique de rentrer chez lui, le temps que l'effet du toxique faisant écran au travail proposé soit dissipé.
- Interdiction de porter sa main sur autrui, que le geste en question soit connoté par de l'agressivité ou par de la séduction. Pour que la parole puisse se déployer, encore faut-il poser la garantie qu'elle ne versera pas en acte. Un tel passage à l'acte vaut suspension provisoire de la présence de qui s'y est impliqué (cf. le chapitre sur les réunions de crise).
- Interdiction des injures à caractère raciste ou des propos insultants nominatifs : qu'il s'agisse de propos énoncés ou écrits sur le tableau d'expression libre (situé dans le couloir et effacé chaque lundi matin en ouverture de la semaine), cette interdiction reprend celle en vigueur dans la société, et soutient qu'une certaine réserve participe d'un bon voisinage.

Ces quelques règles peuvent contribuer à fonder une ambiance favorable dans l'institution. Plus fondamentalement, elles indiquent une direction à la démarche de soins : parler, c'est ici restaurer des liens avec autrui, et ce peut être engager une certaine symbolisation de ce qui fait souffrance.



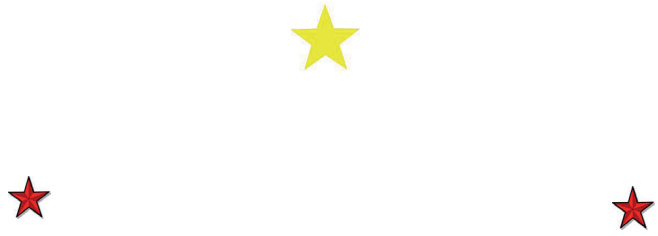
Moments formels et informels

Pour qui entre à Pressensé, la différence n'est pas toujours évidente entre les moments informels et ceux qui s'inscrivent dans un rythme et dont le présent engage aussi un devenir, une prochaine fois dont la perspective, déjà, est connue. Les moments formels opèrent sous le principe du rendez-vous. De savoir qu'ils auront lieu, ces rendez-vous contribuent à structurer le temps, et favorisent que le travail se passe aussi entre ces temps forts de la rencontre. Un groupe d'accompagnement fécond pourra ainsi, du fait de l'assurance qu'il se reconduira la semaine suivante, s'autoriser à ouvrir une perspective, relancer une question pour le patient avec laquelle il cheminera jusqu'à la fois suivante. Le moment du groupe d'accompagnement devient alors le lieu où cette perspective, cette question, trouveront à se prolonger, quand bien même le patient croisera plusieurs fois ses soignants référents d'ici là. A l'échelle de la psychose, cette structuration du temps peut engager la temporalité elle-même, quand l'énoncé le plus juste n'est pas « *il y a activité piscine parce qu'on est lundi* », mais « *il y a un lundi, puisque c'est le jour de l'activité piscine.* »

Et puis, il y a tout ce qui n'est pas inscrit, prévu, posé sur le grand tableau des activités, ou inscrit au jour le jour en entame des réunions communautaires. Il y a tous les interstices, tous ces moments ouverts à ce qui vient à la rencontre. Dans un couloir et au rythme de la marche, au calme près des poissons, ou parce que « ça cause » à la table d'à côté à la cafétéria, et que ce qui se parle là vaut d'être encouragé par une écoute, prolongé par quelques mots appropriés, ou seulement accompagné d'une présence distanciée mais attentive. La qualité de la présence des soignants tient beaucoup à leur capacité à s'adapter, avec leur cadre interne, à tous ces moments imprévus qui adviennent au fil du quotidien. Et il faut parfois plusieurs années d'exercice pour s'apercevoir que ce qui parait le plus facile relève en fait, parmi les différents tissages qui constituent la trame institutionnelle, de la dentelle la plus délicate.

L'on ne peut presque jamais savoir par avance ce qui va faire évènement pour un patient, et qui aura pour lui valeur de soin. De même, l'on ne peut presque jamais savoir par où va commencer une séquence qui va se révéler importante : un rendez-vous dans un bureau sera parfois l'occasion de seulement dire ce qui a déjà été mille fois dit, et d'éprouver ainsi la permanence du cadre, alors qu'une interpellation énigmatique dans un couloir, une parole hors sujet dans une réunion communautaire, vont ouvrir, pour peu que la présence soignante soit au rendez-vous, aux moments vifs d'une journée.

Moments formels, moments informels, disent en somme quelque chose de la gamme sur laquelle jouent les registres de présence des uns et des autres en ces lieux.



La réunion de crise

Aujourd'hui, une tension est là, qui monte, et soudain se cristallise dans une altercation entre deux patients. La scène se passe dans la cafétéria, et se potentialise des regards, voire des interventions d'autres patients.

Description :

Il ne s'agit pas ici de prétendre traiter l'ensemble des situations qui se peuvent se présenter sous cette description liminaire, mais de préciser l'existence d'un outil issu d'une pratique de la thérapie institutionnelle. La réunion de crise requiert au moins deux soignants et se propose de traiter dans son immédiat après-coup une tension. L'expérience montre qu'une tension entre deux patients dépasse le plus souvent ce qui les concerne strictement. C'est pourquoi il convient, avant de rencontrer ces deux patients, que les soignants disponibles à ce moment engagent un premier temps d'analyse de ce qui a lieu entre eux : que peut-on dire de l'amont de la crise ? Quelle fut la réaction des autres patients présents ? Y a-t-il eu passage à l'acte (un patient a-t-il porté la main sur un autre, cassé un objet,…) ? Les patients concernés sont-ils accessibles à un traitement par la parole, ou vaut-il mieux attendre un moment avant de les recevoir ?

La réponse à ces questions constitue une première trame d'analyse qui va soutenir le traitement par la parole qui est l'objet d'une réunion de crise. Elle détermine également le moment où cette rencontre avec les patients concernés va avoir lieu, ainsi qu'une part de ce qui va s'y décider. En effet, pour les cas où une main a été portée sur autrui, une décision de suspension de la présence à l'hôpital de jour sera prononcée, dont la durée est en rapport avec la gravité du geste. Cette décision ne vise pas à punir, mais vient attester que toucher autrui, c'est de fait s'exclure du travail dans la parole qui nous implique tous en ce lieu. Si nous reconnaissons que des tensions existent en chacun, et que les relations humaines peuvent actualiser ces tensions, chacun est explicitement encouragé à l'hôpital de jour à parler et à penser ce qu'il vit pour lui-même et dans ses relations avec les autres : c'est là un vecteur essentiel du soin en ces lieux. Pour préserver ce travail, la limite doit en être clairement inscrite. La réunion de crise vise ainsi à restaurer la dimension tierce dans un moment où deux protagonistes au moins se sont trouvés dans une relation conflictuelle en miroir. Son but est que l'un et l'autre parviennent à nouveau à s'entendre : non pas au sens d'une fraternité recouvrée, mais au sens où le bien-fondé de la position de chaque protagoniste pourra être, au moins partiellement, perçue comme légitime par l'autre. Les soignants chercheront à ce que chacun puisse dire ce qu'il a à dire, en veillant à distinguer les registres de l'interprétation et de l'allusion de ce qui aura été vécu : dans bien des cas, apparaitra qu'une parole ou qu'un geste agressif est venu répondre d'un vécu d'avoir été soi-même agressé. Les soignants gagneront aussi à inscrire le moment de tension en question dans un contexte plus large, afin d'ouvrir un recul possible, favorable à engager la pensée des patients concernés.

Classiquement, la réunion de crise se fait avec au moins un soignant référent des patients concernés, mais il importe que des soignants qui ne sont pas référents y participent, afin de distinguer l'objet de cette rencontre des groupes d'accompagnement. La présence du médecin ou du psychologue peut constituer une aide supplémentaire dans cette mobilisation « à chaud » des ressources de la parole. Dans certains cas où l'altercation a présenté un caractère

de gravité particulier, ou bien a impliqué plusieurs patients – fut-ce au titre de témoins – la réunion de crise peut se doubler d'une réunion communautaire exceptionnelle, dont l'objet sera de proposer au groupe des patients présents une parole et une réflexion sur ce qui vient de se passer.

Evolution :

Le fait que la réunion de crise ne soit pas un outil inséré dans le rythme des évènements institués le rend plus sensible que d'autres à l'état de cohésion de l'équipe soignante. Pour l'instaurer, il faut en effet que les soignants présents lors d'un moment de tension se parlent entre eux en décidant si l'outil est adapté, et à quelles conditions.

L'argent à Pressensé

1) Le budget de sociothérapie

Afin de pouvoir faire des activités dites de sociothérapie, un budget annuel est alloué par l'établissement à chaque pôle. Dans le pôle 13G11, chaque structure dispose d'une partie de ce budget global, qui a peu évolué ces dernières années : 17550 € pour le pôle répartis en 1035 € pour le CMP, 4000 € pour la Passerelle, 7207 € pour le CATTP et 5300 € pour l'HDJ. La tendance est à la stabilité de cette répartition, qui est néanmoins discutée lors du CST de début d'année.

Fonctionnement :

Dans chaque structure, un infirmier est référent du budget, aidé d'un suppléant, sous couvert du cadre de santé. Ce référent a à sa charge d'être présent lors de différentes instances, de commander les régies hebdomadaires, de tenir à jour le journal budgétaire et de rendre compte des dépenses réalisées. Ce système de référence permet à l'établissement une circulation financière transparente étant entendu que le référent appose sa signature sur chaque demande financière, adjointe à celle du cadre de santé lors des demandes de régie exceptionnelle.

Qu'est-ce qu'une régie ?

Ce que l'on appelle une régie, c'est passer une commande d'argent ou de bon via intranet à l'attention du service gérant le budget global de l'hôpital. Les régies sont le plus souvent hebdomadaires et déterminée avec l'équipe en fonction des besoins et des activités. Actuellement, les commandes se font du mercredi pour le mercredi suivant, car l'hôpital récupère l'argent chaque mardi après-midi via la banque de France. La contrainte est de récupérer la régie toutes les semaines sur E. Toulouse, et de ramener le solde avec les justificatifs des achats la semaine suivante, afin d'en récupérer une nouvelle. Pour les régies exceptionnelles, il faut justifier des dépenses sous 48h.

Qu'est-ce que le CST ?

Le Comité de Sociothérapie, c'est la déclinaison au sein de chaque pôle de l'organisation de la circulation de l'argent du budget de sociothérapie. Plusieurs soignants en sont référents (médecin, assistante sociale, infirmiers et cadre de santé).Trois réunions annuelles permettent de suivre au plus près les besoins de chacun, impulsant ainsi auprès de l'équipe une rigueur quant aux dépenses et un recul sur la régularité de l'activité. Ainsi, au cours de l'année, les activités qui ressortent comme étant les plus dynamiques ou les plus investies par les patients peuvent être privilégiées.

Comment est réparti le budget ?

Une première somme globale est allouée en début d'année à hauteur de 80%, puis en totalité en juin, soit 5300 euros pour l'HDJ. A l'intérieur de l'HDJ, la répartition se fait par activité en fonction des besoins et peut se diviser en sous parties. Par exemple, la « vie communautaire », avec 1800 euros de budget annuel, se décline en l'achat du journal quotidien, les anniversaires, l'amélioration du quotidien, les achats de noël etc….

Qu'est-ce qu'un comité de gestion ?

Il s'agit d'une instance se déroulant au sein de l'HDJ en trois temps : un premier qui valide en janvier la répartition du budget au sein de chaque activité. Un second en milieu d'année correspondant à l'évaluation des dépenses de chaque activité afin pouvoir répartir au plus juste l'argent restant. Enfin, un comité de gestion a lieu en fin d'année afin d'engager le budget prévisionnel de l'année à venir. Celui-ci est classiquement augmenté d'environ 10% et réajusté en début d'année selon la somme allouée. Vu la complexité de la gestion de l'argent liée à l'exigence de rigueur comptable, il convient de procéder par étapes si l'on veut associer les patients à la façon dont l'argent est dépensé : les comités de gestion se préparent en amont en réunion d'équipe, tandis que les patients sont invités en réunion communautaire à se prononcer sur leurs désirs concernant les dépenses à venir. L'émergence de nouvelles idées peut être alors concrétisée en fonction de l'argent restant disponible, et des possibilités des soignants de s'engager dans l'élaboration et la conduite de nouvelles activités. L'expérience montre que la vitalité d'une institution se mesure aussi à sa capacité à non seulement reconduire les ateliers existant, mais aussi à accueillir et à traduire en nouvelles possibilité concrètes les désirs émergents. L'enjeu est donc aussi pour chaque soignant de refonder l'élan de sa présence auprès des patients avec le support d'ateliers de médiation réellement investis.

2) GPS ou le groupement pour la sociothérapie

Définition :

GPS est l'association permettant de gérer des entrées et des sorties d'argent qui ont lieu dans chaque structure de soin, par ailleurs ce qui concerne la dotation annuelle de sociothérapie (développée dans le point précédent). On utilise toujours le mot de sociothérapie, car c'est encore de cela dont il s'agit, mais nous parlons ici d'une autre comptabilité. Les postes de l'association sont tenus par des membres du personnel, ainsi que des patients désireux de participer à une vie associative.

A quoi sert GPS ?

Cette comptabilité permet une relative souplesse de fonctionnement au quotidien en rendant possible des achats qui ne seraient pas compatibles avec la dotation annuelle de l'hôpital. Elle permet surtout d'effectuer des entrées d'argent, et d'inscrire ainsi cette réalité dans certains des échanges qui ont lieu au sein de l'institution. Le compte GPS de l'hôpital de jour est notamment alimenté par les participations des patients lors des sorties, de l'esthétique, les ventes d'œuvres artistiques ainsi que les comptes du bar.

Comment sont utilisés les bénéfices générés par les comptes de l'HDJ ?

De principe, une association n'a pas vocation à générer des bénéfices. Cependant, le compte de l'HDJ est excédentaire, du fait de la diversité des activités qui l'alimentent, et ce depuis de nombreuses années. Cet excédent permet d'engager des dépenses exceptionnelles : cette année, l'HDJ a investi pour du matériel (une table de ping-pong et une chaine hifi). Les décisions de telles dépenses se prennent en réunion communautaire, le plus souvent après plusieurs discussions et un vote. L'argent peut être aussi réinvesti sur des achats du quotidien dans un cadre défini (produits esthétiques, tickets de métro lorsque le budget est dépassé ou cartouche d'encre pour des réalisations spécifiques).

Conclusion

La gestion de l'argent via une association est une spécificité de la psychiatrie, et par extension de la psychothérapie institutionnelle. En effet, se servir de la gestion d'une association permet une certaine mise en commun des ressources et des compétences. Patients et soignants participent à cette dynamique, et prennent directement part à ce qui les concerne. La dimension groupale ainsi mobilisée dans la réalisation de projets prime sur le repli induit par la psychose. La reconnaissance de la valeur de certains objets réalisés ou de certains actes (ainsi de la prime dite « d'encouragement » versée aux patients responsables de la cafétéria), participent à restaurer une confiance en soi tout en inscrivant certains échanges et certains soins dans la réalité commune.

Les repas

Comment on mange ici ?

L'A.S.H. réceptionne chaque matin les repas qui viennent de la cuisine centrale d'E. Toulouse. Elle dresse les tables de 4 en fin de matinée. A 12h15, elle ouvre les portes de la salle à manger, et chaque patient choisit sa place à l'une des tables.

Evolution possible : un infirmier référent veillerait avec l'A.S.H. à mettre les tables en y associant des patients. Ce moment serait aussi l'occasion de petits gestes culinaires visant à améliorer le contenu ou la présentation des repas : mettre le pain 3 minutes au four, recourir aux plats en porcelaine, ajouter des herbes et des épices, voire des fruits de saison…

Pourquoi on parle de repas thérapeutique ?

Parce que des soignants y sont présents.

Il y a aussi que pour certains patients, le fait que les repas viennent de l'hôpital implique que c'est bon pour eux, même si sur un plan gustatif il est heureux que l'on dispose de quelques moyens pour améliorer un peu l'ordinaire.

Il y a des patients pour lesquels ce repas est le seul de leur journée : par manque d'argent parfois, mais surtout du fait de la psychose, d'une façon d'être excentré de ses besoins, et de ne pas forcément raccorder une sensation comme celle de la faim à la recherche d'aliments – sans même parler de la qualité des aliments, ou de leur équilibre diététique.

Le repas est thérapeutique dès lors que la seule pulsion, l'acte d'ingérer, s'associe à d'autres fonctions humaines, comme celles de goûter ce que l'on mange, d'en parler avec d'autres, d'inscrire ce qui est mangé dans des rythmes qui différencient les mets et tiennent compte des voisins de table.

Enfin, le repas est dit thérapeutique en tant qu'il arrive au mitan d'une journée d'hospitalisation, et s'insère dans les soins tels qu'il s'en propose à l'hôpital de jour.

PARTIE 3 : Le travail soignant

Les réunions d'équipe

Elles représentent des temps essentiels à Pressensé. Sans être exclusives des moments interstitiels où des soignants se parlent et échangent à propos de telle ou telle situation, les deux réunions d'équipe hebdomadaires d'une heure et demi chacune sont les moments où ce qui a été vécu, observé, ressenti, pensé, va se partager et s'insérer dans la trame d'une élaboration commune du travail en cours.

C'est dans les réunions d'équipe que l'on va parler de tel ou tel patient, mais aussi du groupe que les patients constituent – ou pas – et enfin de l'institution au travers l'un de ses aspects ou dans la globalité de ce qui la caractérise à un moment. Les réunions d'équipe sont l'endroit privilégié pour penser collectivement ce qui se vit dans l'institution, mais plus encore pour articuler cette pensée aux décisions qui sont prises. Il est connu que la qualité de cette articulation est décisive pour la qualité du travail réalisé, et particulièrement en psychiatrie où presque rien ne va de soi, et où l'investissement des soignants suppose qu'ils soient impliqués au plus près à ces deux niveaux de ce qui se pense et se décide quant aux situations qui leur importent et dont ils sont partie prenante.

La référence à Pressensé de la psychothérapie institutionnelle nous porte enfin à faire cas régulièrement de l'institution où nous sommes. Selon les périodes, cela s'effectue de façon prévisionnelle sur une partie d'une des deux réunions qui se trouve alors consacrée à un aspect de l'institution, ou bien selon les nécessités du moment et les souhaits de membres de l'équipe soignante, et enfin de façon plus approfondie lors d'une supervision mensuelle.

Qui fait quoi ?

« La fonction soignante n'est pas réservée aux seuls membres du personnel, les malades peuvent l'exercer dans une certaine mesure. Pour faciliter toutes les communications, le pouvoir hiérarchique traditionnel est remplacé par le pouvoir de groupe : soit le groupe des soignants, soit le groupe communautaire soignants-soignés. De plus, les rôles spécifiques sont généralement supprimés, le collectif prenant en charge chaque fonction soignante. » Dr DESPINOY, in « Hôpitaux de jour dans la communauté », Ed Payot, 1974.

Ces principes, écrits par le médecin fondateur de l'hôpital de jour, furent longtemps la pierre angulaire de Pressensé. Ils disent que la fonction soignante prime sur les statuts respectifs de chacun. Ils disent aussi que le groupe prend en charge l'essentiel des décisions. De ces principes ont découlé que si chacun était payé selon son statut et son métier initial, une large redistribution s'opérait dans l'institution. Si le médecin était toujours seul à prescrire, et l'A.S.H. à s'assurer de la propreté des lieux, l'essentiel était surtout l'affaire de tous. Avec le temps, le champ d'application de ce qui était ainsi partagé s'est réduit. Aujourd'hui, si tous les personnels sont invités à participer aux réunions communautaires, et pour les A.S.H. à certaines réunions d'équipe, l'animation des ateliers thérapeutiques et la participation aux groupes d'accompagnement sont des prérogatives des infirmiers, du médecin, du psychologue, de l'assistante sociale et, sous certaines conditions, des stagiaires psychologues et des étudiants infirmiers.

Pour ce chapitre, chaque professionnel a brièvement écrit comment il concevait l'exercice de sa fonction à l'hôpital de jour. Les infirmiers étant plusieurs, la réponse est le fruit du collectif. Le résultat approche une représentation de ce que peut être un travail en équipe pluridisciplinaire aujourd'hui.

Le médecin :

Il élabore et coordonne l'orientation thérapeutique des patients pris en charge à l'hôpital de jour. Participe à l'organisation des soins avec l'équipe pluridisciplinaire, ainsi qu'au travail de liaison avec les familles. Elaboration et organisation du réseau du soin des patients (liaisons avec CMP, SAMSAH, CATTP, Temps Plein, psychiatres et médecins généralistes).

Ce travail clinique et d'élaboration autour des patients a lieu lors des différentes réunions de l'hôpital de jour. Le médecin est en outre responsable du traitement médicamenteux spécifique de chaque patient.

Dr Elisabeth OLEO

La cadre de santé :

Le cadre de santé assure l'encadrement de l'équipe soignante et ASH de l'hôpital de jour et du CATTP Bastianelli. De ce fait, il n'est présent sur la structure que 2 jours par semaine.

Outre le fait de s'occuper de la gestion du temps de travail et de la carrière des infirmiers et ASH, le cadre de santé a également pour mission d'animer et de fédérer l'équipe soignante autour des projets thérapeutiques des patients et du projet de soin de la structure.

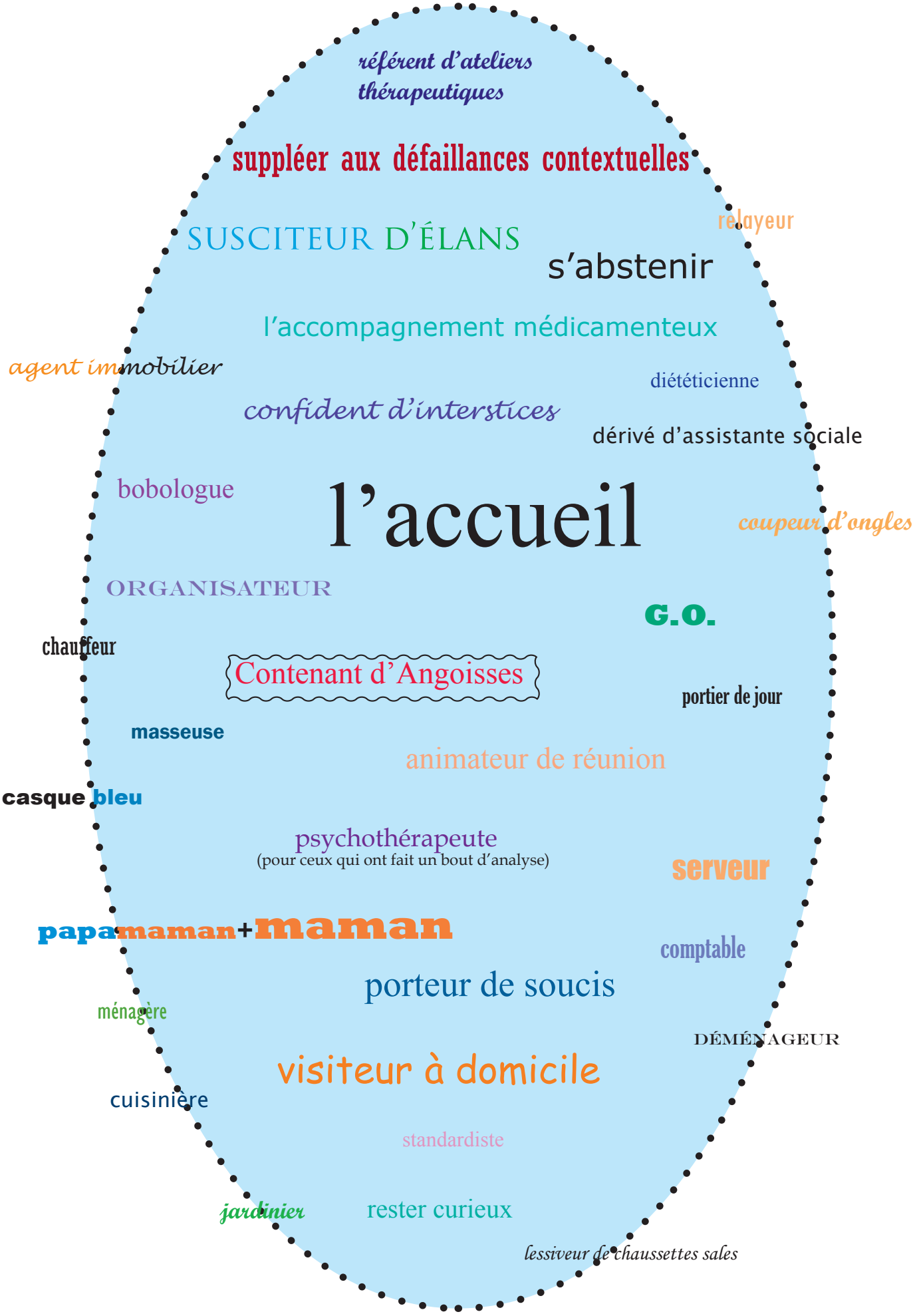
Il est le garant de la qualité des soins qui sont prodigués aux patients ; pour cela, il doit veiller à une dynamique d'équipe constructive, en assurant une cohésion dans l'équipe, et en répondant aux besoins de formation individuels de chaque agent .

Le cadre de santé est également à l'interface entre l'hôpital de jour et le reste du secteur, mais également avec l'établissement. De ce fait, il veille à la circulation des informations administratives, et il représente le service lors de réunions de secteur, ou de commissions de recrutement. Il assure le lien avec le reste du secteur et avec tous les acteurs de l'institution.

Il est également garant du bon fonctionnement institutionnel en terme économique et de logistique : commande des repas, entretien des locaux, commande de matériels, sécurité des locaux et des personnes...etc.

Assia BOUKRA

L'infirmier(ère) en hôpital de jour, qu'est-ce qu'il/elle fait ?



Les infirmiers

Le travail infirmier en hôpital de jour, c'est pour beaucoup tenir le cadre de soins au travers des différents actes qui ont lieu au quotidien. La variété et la multiplicité des actes auxquels nous sommes présents (cf. la page précédente) exigent une constante coordination des soignants entre eux, et la mise à l'épreuve du cadre interne propre à chaque infirmier.

Au final, c'est la fonction soignante qui importe, en tant qu'elle est partagée et vivante pour ceux qui sont présents ici : les infirmiers y participent pleinement, en étant intégrés à l'équipe soignante pluridisciplinaire.

Perrine COUVREUX, Alexandra ITRAC, Christine JOURDAN, D. M., Alexandre SAUVAGE

L'assistante sociale :

Une assistante sociale est présente à l'hôpital de jour 5 demi-journées par semaine, et reçoit les patients avec ou sans rendez-vous.

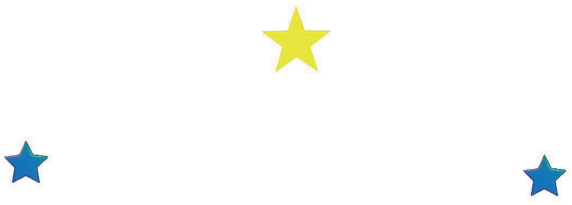
Au-delà de sa participation à la vie communautaire et son implication dans l'équipe pluridisciplinaire, elle a un rôle spécifique dans la prise en charge sociale des patients. Elle intervient dans un accompagnement individualisé qui participe du projet thérapeutique, en conseillant, orientant et soutenant les personnes hospitalisées.

D'une part, l'assistante sociale favorise l'accès et le maintien aux soins et aux droits des usagers, par l'information sur la législation sociale, les dispositifs sociaux, éducatifs, et de réinsertion. Elle met en œuvre les démarches administratives, permettant l'amélioration et la stabilisation de la situation économique des personnes suivies.

D'autre part, elle aide les patients à appréhender de façon globale leurs difficultés familiales, sociales et économiques, de façon à favoriser l'insertion, la réinsertion et l'autonomisation. Elle travaille ainsi à faciliter la vie des patients hors l'institution soignante.

En somme, on peut dire que l'assistante sociale en santé mentale se situe à l'interface entre le sanitaire et le social. Cela implique que son intervention s'inscrive dans une articulation entre la prise en compte de la pathologie et de ses effets en termes de handicap et d'inadaptations, et la réalité sociale, économique et administrative. Le fait d'être partie prenante du projet de soins élaboré par l'équipe pluridisciplinaire permet à la fois d'apporter l'éclairage de la donne sociale à la réflexion collective, et d'accompagner le processus thérapeutique dans toutes ses étapes.

Constance DALLI



L'A.S.H. :

Je réceptionne les repas du midi à 7 heures le matin, et après j'attaque le ménage jusqu'à 9 heures, pendant que les locaux sont encore vides. Après, je participe à l'accueil des patients ainsi qu'à la réunion communautaire. Vers 11 heures, je m'occupe de préparer le déjeuner : mise en chauffe des repas, dressage des tables, petites améliorations des repas si possible. A 12h15, c'est moi qui dit « *à table !* ». On déjeune ensemble, et je m'occupe de bien nettoyer le réfectoire. Après, c'est la pause et le nettoyage des sanitaires. A 15 heures, c'est fini.

Martine DECEGLIE

Le psychologue :

Je m'intéresse d'abord à ce qu'on appelle la vie psychique dans ces lieux : comment va la parole ici, comment chaque patient trouve sa place et parvient à mobiliser ses ressources pour s'essayer à aller mieux ? M'importent aussi ce qu'il en est de la circulation des pensées, des rythmes de présence et d'absence, du groupe de patient s'il est constitué, et de l'équipe soignante comme elle va.

En tant que psychologue, je suis à la fois dehors et dedans. Dehors, car j'essaie de renouveler ma perception de ce qui se passe, et d'apporter des éléments de lecture aux autres personnes présentes qui soient susceptibles de les intéresser ou de les orienter dans ce qu'ils vivent ici. Dedans, en étant engagé dans des références de patients que je rencontre régulièrement avec d'autres soignants, et en co-animant des ateliers de médiation à visée thérapeutique.

Je m'intéresse aussi aux interstices, à ce qui n'est pas formalisé et qui est ouvert à ce qui vient à la rencontre.

La vie de cette institution m'importe donc au travers de ce que l'on y échange, de ce qui s'y tente, de ce qui s'y exprime et de ce qu'on en pense. Je conçois donc l'exercice de ce métier comme participant de la fonction soignante telle qu'elle s'exerce en ces lieux.

Arnaud BOUGOIN

Les ateliers à médiation : axes de travail

Fut un temps où les fameuses « activités » se distinguaient entre les occupationnelles et les thérapeutiques, les premières ayant en somme valeur de passer le temps avant que ne surviennent les secondes, plus rares et auréolées d'une prime de principe à leur contribution directe à la vocation soignante du lieu. Or, l'on sait que la prétention à savoir par avance ce qui serait bon pour le sujet contrevient à l'éthique du soin, et qu'en outre, la psychose déconcerte les échelles les mieux établies et ignore pour l'essentiel ces pondérations de valeur issues d'esprits autrement normés.

Plutôt que de constituer des catégories, nous choisissons ici de présenter des intentions de travail : d'abord pour nous-mêmes, soignants, de façon à affiner ce que nous engageons dans nos propositions faites aux patients, et puis à leur attention, lorsque nous les informons de ce qui va avoir lieu et cherchons à susciter leur participation. De surcroit, préciser ce qui est au travail dans un atelier nous permet de mieux articuler pour chaque patient ce qui est recherché et qui contribue à actualiser, au jour le jour, le sens de sa présence ici (cf. le chapitre sur les « indications soignantes »).

Les ateliers à médiation renvoient à des pratiques aussi diversement inspirées qu'elles ne peuvent se rassembler ici qu'au travers de certains indices, et au mieux par l'évocation des perspectives qui les traversent et les animent.

1) Habiter...:

Ici, l'on cherche à traiter ce qui est dispersé, épars, errant: en posant des bords, en s'attachant à rassembler, en constituant des espaces où des événements pourront avoir lieu.

Lors de la crise psychotique, le sujet a été comme expulsé de lui-même (de ses repères identitaires, de ses appuis dans le monde, du code relationnel en vigueur...). Comment reconstituer un dedans, un lieu possiblement habitable, à partir de cette expérience de mise hors de soi et de ses conséquences à long terme? La psychose, comme l'exil, peut être cette expérience où l'espace perd sa qualité d'hébergement psychique: on peut errer dans les 9 m2 dont on paie le loyer depuis des années, et se retrouver chez soi dans le regard de quelqu'un qui vous reconnait, un lundi matin...

Cet axe de travail mobilise, parmi d'autres, ces questions :

- quels bords, quelles limites s'attache-t-on à instituer, à raffermir, à conforter?
- dans cet espace où des bords ont été produits : qu'est-ce qui fait événement ; et qu'en est-il du lien de chacun avec les autres ?
- à quoi s'ouvre-t-on ici : il y a ainsi des ateliers ouverts, intéressés par le dehors, par les visiteurs, par ce que le monde propose, et d'autres dont les bords sont fermement posés de façon à sécuriser et favoriser, en situation, une ouverture à l'intime.
- et, plus largement : comment composer avec le dehors quand on est dedans (où l'on rejoint *La question* de l'institution dite extrahospitalière, qui se présente d'abord comme un lieu partiel, transitoire, un contenant ouvert) ?

2) S'exprimer...:

Se découvrir, faire l'expérience de mieux se connaitre : par des médiations (le jeu, la peinture, la photo, l'écriture, la danse,...), en construisant un objet, en parcourant un espace, en s'insérant dans un échange avec d'autres.

Comment ré-ouvrir par la créativité, par la constitution de traces, par la mise en forme de mots, de couleurs, ce qui a pu être fermé après la catastrophe inaugurale de la crise psychotique, et maintenu ensuite doublement fermé par crainte que cette crise ne survienne à nouveau si quelque chose bougeait au mauvais endroit...

Où l'on rejoint, autrement, le mouvement (quand c'est fermé à la parole, passons par les mains, la marche, les couleurs...)

Où l'on traite aussi le narcissisme blessé, ce qui a pu être profondément altéré d'une confiance en soi (où l'on gagne du terrain en se sentant exister autrement que comme un patient, comme celui qui reçoit des soins).

Où l'on est singulièrement attentif à l'accueil de ce qui vient, et se risque à nouveau, aux petits écarts d'avec les sillons déjà tracés, aux trouvailles, à ce qui inscrit du jeu dans l'ordre fixé du quotidien institué..

3) Apprendre...:

Se retrouver devant sa gazinière «*comme une poule devant une fourchette*» est certes cause d'embarras. Le corps dissocié, ce peut être aussi, à la maison, la prise du frigo qui ne trouve pas le raccord de la prise de courant.

Apprendre à s'en servir, du frigo, de la gazinière, raccorder le geste de la main à la fonction d'un objet, ça passe par quoi: des bouts de savoir transmis, la possible invention d'un nouveau circuit, ou encore par un autre qui en a le souci et qui s'y intéresse, voire passe à la maison y mettre, outre son oreille, son œil et sa main?

Mais si tout passe par cet autre, je demeure dans mon inaptitude, étranger au code, péniblement dépendant.

Comment être là avec autrui pour parvenir à m'en passer le moment venu?

Ou: comment faire en sorte que le fait d'apprendre, de recevoir un bout de savoir, s'inscrive, puisse être mâché, interprété, modifié, intégré à soi? (l'on pense là, notamment aux traitements: «*avez-vous pris votre traitement?*»: mais s'est-on assuré des voies par lesquelles le dit traitement serait devenu le sien, quand il était d'abord celui d'un autre?)

Et puis : ce que j'ai reçu d'autrui, est-ce que j'en dispose encore lorsque l'autre n'est plus là (dans sa version existentielle: qui suis-je sans l'autre, le soir quand je rentre «chez moi»...) ?

L'on traite ici du lien à l'autre, mais aussi de la trace, de la mémoire, de la représentation (car il n'y a de représentation que sur fond d'absence: si je pense à toi, c'est que tu n'es plus là, sauf dans ma pensée!).

Il est aussi question ici de l'échange, voire du don: pour apprendre de moi, de ce que sont mes capacités ou mes qualités, je passe par d'autres.

Où puis-je faire l'expérience que d'autres comptent sur moi ?

Qu'est-ce que je peux apporter, ici?

Plus largement, apprendre non seulement comme un «garder en soi», mais aussi comme : prendre une part active à un échange où s'atteste que je participe de la vie – qu'ici, je ne disparais pas dans l'anonymat de la vie. En participant à ce qui se passe ici, je conforte le fait de participer de ce qui m'arrive. Je suis moins « para », à côté (ainsi du paranoïde, celui à côté qui me pense), et davantage quelqu'un, reconnu comme tel.

4) Aller vers... :

Le mouvement est ici en jeu: mouvement vers l'autre (cf. les activités mettant l'accent sur des échanges). Mouvement vers la cité (activités dites de socialisation, visant à ouvrir de nouveaux espaces, à créer de nouveaux ancrages,...).

Ici, l'on cherche à traiter ce qui souffre d'être arrêté, figé, rétracté, retranché, méfiant a priori vis-à-vis du nouveau.

Dans l'institution elle-même, comment s'attache-t-on à assouplir ce qui s'est calcifié, à réinvestir par une autre voie une forme piégée par sa trop longue reconduction ? Qu'en est-il de l'apport d'activités transversales, nouvelles, transitoires, qui ouvrent ce qui par ailleurs, en institution, tend à se fermer de par les forces conjuguées de la répétition et de l'inertie ?

Comme il s'agit d'espace, le corps est en jeu.

Importance, ici, des liaisons entre les éprouvés à des mots: si l'expérience d'un plaisir vient là où c'était l'angoisse qui était attendue, parler cet écart permet d'aborder l'angoisse comme un obstacle (peur de la peur) plutôt qu'un signal d'alarme pertinent.

L'enjeu, ici, est de soutenir un certain déséquilibre : lâcher ce qui tient, ne fut-ce que d'une main, pour aller chercher ailleurs…

Ces 4 axes ne sont pas étanches: il y a de «*l'aller vers...*» dans «*s'exprimer...*», de «*l'habiter...*» dans « *l'apprendre...*». A y réfléchir par cet abord, l'on ne sera pas exemptés de surprises. Ainsi de ce qui est en jeu dans l'activité «scrabble ». L'on pense d'abord à l'axe de « *l'apprendre…* » : à faire des mots, à les insérer dans la trame, progressivement constituée, des mots des autres, ...

Pour autant, il est possible que l'essentiel soit plutôt du côté « *d'habiter...*»: rassembler les morceaux (les petites lettres, les esprits qui vaquent dans la cafétéria) dans cet espace délimité de la grille commune, maison symbolique du moment que l'on vient habiter, un mot après l'autre, en réduisant chaque fois le vide initial...

Plutôt que de ranger les activités dans des cases toutes prêtes, cet abord soutient ainsi la valeur de la créativité dans le travail soignant.

La pharmacie :

1) Comment fonctionne la pharmacie de l'hôpital de jour ?

Chaque infirmier est référent de la pharmacie pendant un mois à tour de rôle. En cas d'absence du référent, c'est celui du mois d'avant qui le remplace. Il faut savoir que l'on est livrés tous les lundis par la pharmacie de l'hôpital. Le référent gère les prises des patients hospitalisés, passe les commandes et assure le suivi informatique relié à la pharmacie centrale.

Il y a des règles communes au fonctionnement de la pharmacie, et après chacun a son style de pratique, sa façon d'y recevoir les patients et de conduire ses soins. Dans les règles communes, il y a les heures d'ouverture de la pharmacie : le lundi à partir de 14h pour la préparation des piluliers de la semaine. Pour le reste, c'est chaque infirmier référent de la pharmacie qui sait qu'il a tel soin à effectuer, telle injection à faire, et qui va chercher à s'accorder avec les patients concernés pour trouver le meilleur moment.

2) Quels soins sont faits ici ?

Surtout la bobologie. Mais on reçoit les demandes et les interpellations des patients concernant leur corps comme des occasions de parler de ce qu'ils vivent à cet endroit. Le vécu du corps dans la psychose fait que des plaintes somatiques peuvent se présenter, et se révéler très excentrées d'un problème somatique effectif. C'est dans la pharmacie que l'on entend par exemple des plaintes présentées comme étant en lien avec des effets secondaires de traitements, là où le patient distingue mal ce qui relève des manifestations de sa psychose des effets des traitements. Une rage de dents peut aussi se vivre comme étant localisée dans une tension portée sur un autre organe, une irritation cutanée être vécue comme partie intégrante de phénomènes de puissances exercés sur l'esprit – là où au contraire, l'on constatera à l'examen qu'il y a bien à prendre en compte ce qui relève d'une atteinte organique.

L'on remarque aussi le plus souvent en arrière plan une demande des patients que l'on s'occupe d'eux. Quant un patient psychotique vient nous interpeller sur son corps, l'on sait que l'on est dans un relation de confiance – ce qui ne veut pas dire que cette confiance ne va pas être éprouvée : chacun d'entre nous a ainsi le souvenir d'injections particulièrement délicates et difficiles à réaliser…

3) Comment se fait-il que la porte de la pharmacie soit ouverte, ou bien entrouverte, alors que d'autres fois elle est fermée ?

C'est une évaluation qui tient compte des patients concernés et des soins effectués. Il va de soi que pour une injection, la porte est fermée à clé. Par ailleurs les soins qui nécessitent que l'on préserve l'intimité du patient et de l'acte, il y a aussi toutes ces situations où le soignant se fait le support de l'intimité du patient. Pour des patients dissociés, qui ne vivent pas leur corps comme une totalité intégrée, c'est aux soignants d'avoir ce souci. L'on fermera alors la porte lorsqu'une parole qui concerne le corps, et plus encore l'intérieur du corps, vient à se déposer, même fortuitement, dans la pharmacie.

Cette fermeture signale aussi que l'on peut prendre un moment pour parler. Une fermeture s'associe donc à une ouverture sur un autre registre, et participe de la fonction contenante de l'écoute qui est alors sollicitée. Il arrive d'ailleurs que ce soit les patients qui prennent l'initiative de fermer la porte, ce qui nous donne une indication de ce qu'ils attendent de nous à ce moment.

La porte est entrouverte pour signaler que la pharmacie est ouverte, tout en indiquant que quelque chose s'y passe : par exemple, un patient qui fait son pilulier. L'on sait que ça peut être l'occasion de parler des traitements, tout en manipulant et en répartissant les différents médicaments dans le pilulier.

4) Il y a ce principe général à l'hôpital de jour selon lequel l'on veille à ce que chaque patient puisse réaliser ce qui le concerne à hauteur de ce qui lui est possible. Comment ce principe se traduit-il à la pharmacie ?

A la pharmacie aussi, l'on cherche à valoriser ce dont le patient est capable. Si un patient peut faire lui-même son pilulier, la présence de l'infirmier est alors surtout d'être vigilant d'une façon discrète. L'on s'aperçoit d'ailleurs que c'est en mettant le patient en situation de composer la répartition des prises de traitement, que l'on évalue pour partie sa capacité à gérer son traitement. Il y a ceux pour qui cela va de soi, qui répètent les gestes, et ceux pour qui il importe qu'une parole accompagne ce moment où les traitements passent dans la main du patient.

La question de l'observance se travaille notamment à ce moment, en parlant avec les patients, et aussi en écoutant les représentations, les questions, les réticences qu'ils ont à ce propos.

Les patients sont aussi souvent inquiets de ce qu'ils ressentent dans leur corps. Le corps dissocié crée de l'étrangeté, et la pharmacie est l'endroit privilégié pour aider le patient à se réapproprier et localiser ce qui le concerne, mais qu'il vit d'abord parfois comme étranger. L'objectif du soin en psychiatrie est de soutenir le patient à être en mesure de prendre soin de lui-même...